RECOMENDACIÓN PARA SERVICIOS RELACIONADOS MÉDICOS Y SOCIALES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

North Dakota Departamento de Salud
Programa de Planificación Familiar
SFN 8624 (Rev. 10-2009)

Agencia que Recomienda

Nombre		
Dirección		Ciudad
Estado	Código Postal	Número de Teléfono

Agencia Recomendada

Nombre		
Dirección		Ciudad
Estado	Código Postal	Número de Teléfono

Los artículos pertinentes para ser completados por agencia de recomendación

Fecha de Recomendación	Nombre de Cliente			Edad
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Fecha de Nacimiento	Número de Cliente	Fecha de Examen	
LMP	BP Actual	Peso Actual	Altura	
La Citología (Fecha y Resultados:)		Resultados de Laboratorio:		
Razón por Recomendación:				
La Fecha de la Cita	Firma de Empleado Autorizado		Fecha	

Agencia a que recomendó debe completar y devolver

Evaluación:		Fecha de Visita de Cliente
Intervención Proveyó/Recetó:		
Continuación que sea Necesario o Recomendó:		
Otro:		
Firma de Evaluador/a:	Título:	Fecha:

Comprendo que puedo inspeccionar o puedo solicitar copias de cualquier información revelado por esta autorización. Es mi comprensión que esta autorización expirará en 12 meses de la fecha firmada abajo. Comprendo que puedo revocar esta autorización notificando, por escrito, la Directora (o el Director) del Programa de Planificación Familiar de esta agencia, sabiendo que información anteriormente revelado no puede ser susceptible a mi petición para revocarlo.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa para firmarlo no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, el pago ni mi elegibilidad para beneficios.

Yo por la presente solicito y autorizo las agencias antes mencionado-identificados para intercambiarse la información necesaria pertinente a la razón para que soy recomendado/a para la salud adicional y/o servicios sociales.

Firma de Cliente	Fecha

Esta información ha sido revelado a usted de registros cuya confidencialidad es protegida de la revelación por el estado y la ley federal. Usted no puede hacer revelación adicional sin la liberación específica e informado del individuo a quien pertenece, su representante autorizado o como de otro modo permitido por la ley. Una autorización general para

Distribución: Blanco: Agencia a que Recomendó Amarillo: Agencia de Recomendación Rosa: Agencia de Recomendación para Rastrear